РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРГ. ССР

Для служебного пользования

Экз. № 444

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГАШИШИЗМА

(методическое письмо)

ФРУНЗЕ —1966

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРГ. ССР

*Для служебного
пользования*

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГАШИШИЗМА

(методическое письмо)

ФРУНЗЕ —1966

Настоящее методическое письмо имеет целью оказать помощь работникам медицинских учреждений, милиции, врачам и преподавателям школ, сотрудникам мест заключения в деле предупреждения распространения гашишной наркомании, организации лечения ее и проведении профилактической работы среди лиц, склонных к потреблению гашиша.

Автор письма — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии Киргосмединститута А. И. ДУРАНДИНА.

РЕДАКЦИЯ.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГАШИШИЗМА

(Методическое письмо)

Гашиш—твердое смолистое вещество бурого цвета, имеющее запах конопли. Гашиш добывается из конопли, произрастающей в различных частях мира: Индии, Иране, Средней Азии и др.

В различных странах, в зависимости от способа приготовления и используемых частей растения, препараты конопли имеют различные названия: ма, марихуана, анаша, гашиш, банг, киф, харас, дагга.

Гашиш оказывает действие на центральную нервную систему, вызывая резкие нарушения психики, протекающие с картиной опьянения при каждом курении гашиша. Длительное, особенно систематическое употребление, приводит к наркомании. Нередко на почве курения гашиша возникают психозы.

Употребление гашиша как наркотического средства известно с давних времен. Наиболее распространенный способ употребления гашиша — это курение его. Гашиш добавляется к табаку или махорке в произвольных пропорциях. Чтобы курить гашиш незаметно, курильщики насыпают в папиросные гильзы заранее приготовленную смесь гашиша и табака. Реже готовится специальная папироса, напоминающая трубку.

Курение гашиша широко распространено в странах Азии (Индия, Бирма, Индокитай, Иран, Ирак, Аравия), в Северной Африке (Египет, Тунис, Ливия, Алжир, Марокко). Распространен гашишизм также среди молодежи США и Мексики.

В нашей стране нельзя ослаблять внимания к наркоманиям, в частности к гашишизму, надеясь на автоматическое отмирание гашишизма. С ним необходимо настойчиво бороться, как с пережитком прошлого. В Киргизии, где до последнего года возделывалась конопля, следует обратить особое

внимание на поля, отведенные под другие культуры, но на которых конопля произрастает как сорняк, используемый в качестве сырья для изготовления гашиша. Это тем более важно, что по поводу курения гашиша все еще имеются глубокие заблуждения. До несведущих людей, особенно до подростков, доходят слухи о «чудесном» действии гашиша: будто бы человек становится сильным, энергичным, веселым. Все эти фантастические представления пробуждают интерес к гашишу и стремление испытать его действие на себе. Большинство пробующих гашиш, удовлетворив свое любопытство, сразу же разочаровывается в курении его. Другие же пробуют курить повторно, а затем у них развивается болезненное влечение к гашишу и такое состояние, с которым трудно, а в некоторых случаях даже невозможно бороться.

ДИАГНОСТИКА И СОСТАВ БОЛЬНЫХ

Гашишная наркомания является следствием сложного сочетания ряда факторов.

1. Гашишная наркомания начинает развиваться в возрасте 12—16 лет, когда у подростка имеется незрелость характера:

б) желание развлекаться, не задумываясь о последствиях и будущем; б) недостаточная дисциплинированность, слабый самоконтроль и пониженная требовательность к себе и другим людям; в) недостаточные трудовые навыки.

Незрелость характера часто мешает противодействовать соблазнам.

2. Недостаточность культурно-массовой и просветительной работы в школе.

3. Психические травмы, которые являются результатом разрушения семьи, и недостаточный интерес, проявляемый родителями по отношению к своим детям.

4. Отсутствие положительного примера родителей или наличие дурного примера при формировании своих идеалов у подростка.

5. Активное дурное влияние злостных наркоманов, которое недостаточно пресекается.

6. Психопатические черты характера у преморбидной личности или психопатизация личности.

7. Легкая доступность наркотика в связи с многолетними посевами конопли в районах Киргизии.

Правильная оценка этих факторов даст возможность обеспечить индивидуальный подход к больному, обеспечить выбор наиболее эффективных методов лечения и профилактических мероприятий.

При диагностике гашишной наркомании необходимо учитывать объективные факты употребления наркотика, так как курильщики гашиша, как правило, недооценивают вред курения его и тщательно скрывают или преуменьшают его употребление, в то время как даже эпизодическое курение изменяет характер и направленность личности. В связи с этим возникает необходимость лечения и реадаптации личности. Даже при незначительных подозрениях на наркоманию необходимы тщательное обследование и контроль.

Острая интоксикация возникает во время курения гашиша. Уже после нескольких вдыханий дыма наступает опьянение. Симптомы опьянения варьируют в зависимости от формы его. В большинстве случаев преобладает эйфорическое опьянение, реже—депрессивное и дисфорическое. Клиническая картина гашишного опьянения складывается из соматических и психических нарушений. Появляются легкое головокружение, теплота в теле, сухость во рту, жажда, гиперемия конъюнктивы, блеск глаз, расширение зрачков, ослабление реакции зрачков на свет, покраснение или бледность кожных покровов, ощущение голода, тахикардия, которая достигает более 100 ударов в одну минуту, учащение дыхания, иногда наблюдаются тошнота и рвота; отмечаются парестезии—пощипывание в коже, сжимание головы и др.; расстройство походки или пошатывание в позе Ромберга, дрожание пальцев вытянутых рук, иногда дрожание всего тела, частые потягивания, как будто бы человек сильно хочет спать. Речь иногда заплетающаяся и напоминает речь при алкогольном опьянении.

Психические нарушения проявляются совокупностью симптомов. Окружающие предметы воспринимаются отдаленными, завуалированными, застилаются туманом или дымкой. Нередко при больших дозах наркотика окружающее воспринимается иллюзорно: предметы на глазах увеличиваются, либо уменьшаются в объеме, искажаются. Ослабляется запоминание, новые впечатления почти не сохраняются в памяти. Значительные нарушения претерпевает мышление. Течение мыслей ускоряется, реже замедляется. При ускорении мышления мысли бегут все быстрее и быстрее; покурившие говорят торопливо, причем мысли наплывают самостоятельно и нередко не имеют смысловой связи. В беспорядочных высказываниях

все же можно уловить идеи переоценки своей личности и различного рода фантазии.

При замедленном течении мыслей порой наступает внезапное прерывание мыслей.

Эмоции крайне неустойчивы. У большинства в течение всего периода опьянения преобладает повышенное настроение. Опьяненные испытывают состояние довольства, их одолевает смех, который в большинстве своем прорывается насильственно и носит безудержный характер. Без видимой причины или по незначительному поводу эмоции внезапно изменяются: появляются злобность, раздражительность, агрессивность, либо тоска и страх. Иногда же на протяжении всего периода опьянения курильщики тоскливы, плаксивы, испытывают страх, либо раздражительны, злобны, агрессивны; в отдельных случаях становятся безразличными ко всему окружающему, отгораживаются от него. У них появляется не управляемый ими поток мыслей. Двигательно-волевые процессы претерпевают резкие нарушения. Покурившие гашиш становятся суетливыми, усиленно жестикулируют, производят плохо координированные движения, изображающие примитивно танцы и игры. Реже наблюдается состояние оцепенения: полное отсутствие движений и речи или их замедление.

Соматические и психические симптомы гашишного опьянения у разных лиц, в зависимости от количества выкуренного гашиша и индивидуальных особенностей, проявляются с неодинаковой интенсивностью.

При легкой интоксикации симптомы крайне неотчетливы и характеризуются, в основном, легкой эйфорией. При средней интоксикации эти симптомы более выражены и отчетливы: в связи с этим резко нарушается критика, поведение приобретает необычный характер и привлекает внимание окружающих. При тяжелой интоксикации отмечаются резкие нарушения в виде глубокого оглушения сознания, сопора и даже комы. Опьянение продолжается один-три часа, затем развиваются слабость и апатия.

При остром отравлении применяются сердечные стредства (кофеин 10%—1,0) и дезинтоксикационные средства: физиологический раствор—подкожно и внутривенно, глюкоза 40% 20, 0—40,0 с витамином B_1 — внутривенно, вдыхание кислорода с 5% CO_2, теплые ванны с холодным обливанием; искусственное дыхание, промывание желудка раствором марганцевокислого калия 1:1000 или теплым раствором поваренной соли.

ХРОНИЧЕСКАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ГАШИШЕМ

Систематическое курение гашиша приводит к деградации личности, которая наступает довольно быстро, от 1 до 6 месяцев и более. Постепенно развивается психическая астения. Значительно ослабляются интеллектуальные функции и воля. Курильщики гашиша становятся рассеянными, не могут выполнять сложных заданий, новые впечатления слабо закрепляются в памяти, общий кругозор суживается. Потребители гашиша редко ходят в кино, не слушают радио, не читают газет, не повышают своей квалификации. Постепенно у них теряется интерес к занятиям в школе, к работе. Если же они продолжают работать, то работают плохо, не выполняют нормы; нередко оставляют работу или учебные заведения. Одновременно наступают нарушения в эмоциональной сфере, особенно эгоцентризм и черствость. Проявляется раздражительность, по пустякам возникают аффективные вспышки, во время которых курильщики оскорбляют окружающих, избивают младших в доме. У некоторых же наступает слабодушие, тогда они плачут при воспоминании о трогательных моментах из кинокартин, из своей жизни, огорчаются, что потеряли время в связи с наркоманией; их страшит будущее. Возникают аморальные проявления: лживость, грубость, агрессия, дезорганизация в школе и на производстве, склонность к воровству и хулиганству. Эти изменения личности окончательно выбивают человека из нормальной колеи, отрывают его от коллектива и делают его бесполезным и даже вредным для общества. Наряду с нарушениями интеллектуальных способностей, наблюдаются слабость, вялость, головная боль, тревожный сон, ипохондрия. Изменение личности по астеническому типу имеет обратимый характер.

АБСТИНЕНЦИЯ

Гашишная абстиненция развивается у систематических курильщиков гашиша каждый раз, как только действие его от выкуренной папиросы проходит, и курильщик в дальнейшем воздерживается от курения. Симптомы физической зависимости обычно нерезко выражены и проходят в течение трех-пяти дней. В этот период отмечаются головная боль, боль в костях, во всем теле, животе, потливость, общая слабость, утомляемость; больные большую часть времени лежат в постели, бездеятельны.

Самым мучительным симптомом является непреодолимое влечение к наркотику (психическая зависимость), которое бывает длительным (10—20 дней) и упорным. Влечение к наркотику больные стремятся удовлетворить любыми способами: прямым признанием о влечении к наркотику, удивительной способностью убедить окружающих в необходимости принять наркотик; чаще категорическим отказом от влечения к наркотику, требованием выписать из стационара. В то же время практически курильщики, стремясь удовлетворить свое влечение к наркотику, прибегают к хитрым уловкам, обманам, агрессии, пытаются восстановить родителей против медицинского персонала.

Настроение у курильщиков подавленное или неустойчивое, преобладает резкая раздражительность, больные часто ссорятся, оскорбляют окружающих. В связи с резкими проявлениями симптомов психической зависимости уход за больными крайне затрудняется, возможна дезорганизация в работе отделения.

Лечение

Лечение состоит из трех фаз:

1. Подготовительная фаза.
2. Лечение абстиненции.
3. Восстановительное лечение и реадаптация личности.

Подготовительная фаза

Исследования показали, что у потребителей гашиша нет внутренней убежденности во вреде курения гашиша, поэтому они не тяготятся своим пороком и сопротивляются лечению.

В подготовительной фазе необходимо: убедить пациента в исключительном вреде курения гашиша, разрушающем здоровье; выяснить продолжительность курения и степень привыкания к наркотику; определить структуру личности наркомана.

В этой фазе необходимо выработать план лечения и обсудить вопросы лечения с больным, уменьшить его беспокойство, связанное с воздержанием от наркотика, и побудить его волю к лечению.

Лечение абстиненции

Наркотик отнимается сразу, без замены другими наркотическими средствами. Больным назначается курс общеукреп-

ляющей терапии: инсулин — по 5—30 ед. ежедневно, глюкоза 40% — 20,0 с витаминами B_1, С — внутривенно; глютаминовая кислота — по 0,5 три раза в день, фитин—по 0,5 три раза в день, глицерофосфат кальция — по 0,1 два раза в день; нейролептики (аминазин или плегомазин —200—300 мг в сутки). При бессоннице или тревожном сне назначается пипольфен 0,05 на ночь или ноксирон 0,25 по 1—2 таблетки.

При сильном влечении к наркотику, сопровождающемся резким изменением поведения с попытками к агрессии и дезорганизации, рекомендуется ослабить влечение инъекциями хлористоводородного апоморфина 0,5% по 0,2—0,5 мл. подкожно в сочетании с несколькими вдыханиями (3—4) дыма от горящей папиросы с гашишем. Вдыхания дыма пациент производит после инъекции апоморфина через 5—7 минут, когда появляется тошнота, которая после вдыхания дыма усиливается и заканчивается рвотой. Всего проводится 2—5 сеансов.

Восстановительное лечение

После лечения абстиненции продолжается начатое лечение в течение 1—2 месяцев. Постепенно, начиная с 5—10-го дня пребывания в больнице, наряду с общеукрепляющим лечением проводится реадаптация. С этой целью больные вовлекаются в игры: домино, шашки, шахматы, настольный теннис, волейбол; им предлагается просмотр кинофильмов, участие в самодеятельности, выдаются газеты, журналы и книги для чтения. Врач проводит с больными беседы по прочитанным журналам, книгам, газетам и просмотренным кинофильмам. В процессе беседы выясняется общий кругозор больного, его интересы, взгляды на жизнь.

Через 1—2 недели пребывания в стационаре больные настойчиво вовлекаются в трудовые процессы, которые являются непременным условием для выздоровления. Необходимо не только предоставление больным работы по своей квалификации, но и повышение квалификации, а также ее приобретение. При гашишной наркомании с выраженной ипохондрией не бредового характера проводится лечение субшоковыми дозами инсулина в течение 1,5—2 месяцев.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Эффективность лечения гашишизма находится в прямой зависимости от особенностей личности. Нередко преморбидные изменения личности переплетаются с наркоманической

деградацией, что крайне запутывает особенности личности и затрудняет выделение наиболее слабого звена, нуждающегося в исправлении. В связи с этим психотерапия является самым существенным в терапии гашишизма. Без знания личности наркомана нельзя излечить наркоманию. Психотерапия осуществляется путем регулярных бесед, которые имеют следующие цели.

1. В процессе подробного собирания анамнеза жизни и заболевания, участливого выслушивания переживаний больного следует помочь ему понять недостатки характера и поведения (развязность, слабость воли, внушаемость, склонность к аморальным поступкам и резким изменениям настроения), которые мешают ему в обыденной жизни. Следует помочь больному избавиться от имеющихся у него недостатков и обрести облик советского человека.

Выполнение этой цели достигается путем взаимного обсуждения его характерологических и личностных особенностей, приведения примеров положительных характеров из жизни замечательных людей, Героев Советского Союза, Героев труда. Врач убеждает больного в возможности полного избавления от отрицательных черт характера и личности под влиянием лечения и последующего воздержания от наркотика.

2. Разъяснить больному вред курения гашиша, подрывающего здоровье. Необходимо вскрыть причины, которыми больной склонен объяснить или оправдать употребление наркотика. При надобности надо убедить больного в несостоятельности его объяснений, а также вселить веру в возможность преодоления этих причин; показать на примере вред гашиша, приведшего человека к резкому падению, у которого при лечении и дальнейшем воздержании от наркотика произошло восстановление здоровья.

Одновременно надо также показать на примере, как при невыполнении режима полного воздержания, предписанного врачом, заболевание осложняется длительным психозом или слабоумием. Необходимо добиться, чтобы больной после беседы с врачом, решительно отказался от употребления наркотика.

3. Гашишисты довольно быстро утрачивают интерес ко всему, что не связано с употреблением наркотика. С другой стороны они теряют веру в дальнейшую перспективу, возможность возвращения к нормальной жизни и деятельности. В связи с этим психотерапия должна быть направлена на

восстановление интереса к тем видам труда, которые обеспечивают удовлетворение способностей и направленности личности. При этом необходимо стимулировать его активность и обеспечить возможность трудиться.

ГИПНОТЕРАПИЯ

Гипнотерапия проводится только при наличии гипнабильности у больного. Основная цель врачебных внушений в гипнотическом сне—добиться успокоения больного, смягчить или устранить эмоциональную лабильность. При первых 2—3 сеансах больному внушается отдых и успокоение нервной системы. В последующие сеансы производится внушение о недопустимости употребления гашиша ни при каких обстоятельствах. Сеанс продолжается 20—30 минут.

Гипнотерапия проводится после того, как известны личность и состояние больного, слабые и сильные стороны личности. После этого становится ясным, что нужно внушать больному. В течение курса больному проводится 4—8 сеансов.

ГАШИШНЫЙ ПСИХОЗ

Гашишный психоз всегда является результатом тяжелого гашишного отравления как при однократном массивном курении гашиша, так и после особо злостных эпизодов курения у привычных курильщиков гашиша. Заболевание развивается внезапно или же этому предшествует изменение самочувствия. Больные за несколько дней до развития психоза ощущают резкую слабость, при этом у них утрачивается физическая сила, они не могут выполнять физической работы, худеют.

В структуре психоза на первом плане выступают ундулирующие нарушения сознания в форме как легкого оглушения сознания, так и резких расстройств в виде делириозного состояния сознания, сумеречного, онейроидного и реже аментивного нарушения сознания, расстройства восприятий, разрозненных бредовых идей.

Расстройства восприятий характеризуются преимущественно истинными слуховыми галлюцинациями устрашающего или императивного характера. Зрительные галлюцинации обыно заполнены фантастическим содержанием. У некоторых больных зрительные галлюцинации соответствуют реальным образам.

Бредовые идеи различны по своему содержанию, но чаще всего наблюдаются бредовые идеи преследования, отравления, воздействия и отношения, реже идеи величия и ипохондрический бред.

В соответствии с расстройствами сознания, галлюцинациями и бредовыми переживаниями резко нарушается поведение, что делает больных особенно опасными для окружающих и для самих себя.

Настроение больных чаще всего бывает тревожным. Во время наплыва галлюцинаций и бредовых идей они испытывают резкий страх, склонны к аффектам гнева с выраженным двигательным возбуждением и агрессиями. Больные в состоянии возбуждения крайне злобны, бранятся, речь их насыщена циничными выражениями. Больные бросают предметы, которые попадают им под руки, бьют стекла в окнах, рвут белье и нападают на окружающих. Внезапные вспышки возбуждения очень затрудняют уход за больными и их лечение. Иногда расстройства настроения являются ведущими в клинической картине заболевания и характеризуются наличием маниакального или гипоманиакального настроения с идеями переоценки личности и бредовыми идеями величия; либо настроение у больных депрессивное с выраженной ипохондрией.

Длительность гашишного психоза — от нескольких дней до трех-пяти месяцев.

В клинической картине у разных больных центральное место занимает совокупность психопатологических симптомов, относящихся к ведущему синдрому. При этом особенности, свойственные гашишному психозу, сохраняются в течение всего заболевания.

По характеру проявления ведущего синдрома выделяются следующие формы гашишного психоза:

1. Делириозная.
2. Аментивно-сумеречная.
3. Депрессивно-ипохондрическая.
4. Маниакальная.
5. Галлюцинаторно-параноидная.
6. Дементная.

В динамике той или иной формы, наряду с психопатологическими феноменами, выступают соматические изменения: плохое самочувствие, патологические ощущения. В клинической картине отражается связь переживаний с курением гашиша и его действием, что проявляется в высказываниях, жалобах, объяснениях причин ипохондрических состояний, а

также переживаниях эпизодов курения. Периодически возникает влечение к курению гашиша с настойчивыми попытками удовлетворить его.

Лечение гашишного психоза

При гашишном психозе следует проводить этапное лечение.

Первый этап. Применяется комплексное лечение: общеукрепляющие средства с витаминами; дезинтоксицирующие, седативные средства в сочетании с нейролептиками, купирующими возбуждение. С этой целью применяются: глюкоза 40% — 20,0 с витаминами B_1, С, глютаминовая кислота, инсулин в дозах по 5—10 единиц, уротропин 40% — 5,0 — 5—8 инъекций, сернокислая магнезия 25% — 10,0 внутривенно — 5—10 инъекций. Для купирования возбуждения применяется аминазин 2,5% по 3,0—4,0 внутримышечно. При бессоннице назначается пипольфен по 0,05 внутрь или ноксирон по 0,25, одну-две таблетки на ночь; при отказе от приема пипольфена последний вводится внутримышечно в виде 2,5% раствора 2,0 мл. Комплексное лечение проводится в течение 3—4 недель. Если в результате лечения терапевтического эффекта не наступает или в состоянии наметилось только улучшение, а не выздоровление, то следует приступить ко второму этапу лечения.

Второй этап. Лечение инсулином проводится в стационаре, при наличии персонала, обученного этой методике, в повышающихся дозах, вызывающих субшоковые и шоковые состояния. Субшоковые состояния возникают на дозах от 30 до 70 единиц инсулина, шоковые состояния — на дозах от 50 до 120 единиц и выше.

В течение курса проводится от 15 до 25 субшоковых состояний или 15—30 шоков. Лечение инсулином проводится при аментивно-сумеречной, галлюцинаторно-параноидной, депрессивно-ипохондрической, маниакальной форме.

На втором этапе при маниакальной форме лечение следует начинать с аминазина, и лишь при отсутствии терапевтического эффекта в течение двух-трех недель больной переводится на лечение инсулином.

При дементной форме проводится комплексное лечение в сочетании с глютаминовой кислотой.

Третий этап. Проводится психотерапия путем регулярных бесед с больными, которые преследуют такие же цели, как при гашишной наркомании. Одновременно активно проводится трудовая терапия.

Профилактика гашишизма

Профилактика гашишизма должна проводиться настойчиво и своевременно, она включает:

1. воспитательную работу;
2. санитарное просвещение;
3. административные воздействия.

1. Воспитательная работа среди подростков.

При проведении воспитательной работы с подростками следует учитывать все факторы, которые способствуют развитию гашишной наркомании (эти факторы отмечены в разделе: диагностика и состав больных). Необходимо своевременно заметить отклонения от обычного поведения некоторых подростков. Школьные врачи в тесном контакте с педагогами должны внимательно изучать особенности личности подростка, у которого замечаются отклонения в развитии личности (недисциплинированность, потеря интереса к учебе, грубость и другие отклонения), помочь ему как можно лучше организовать свои способности и активность в области умственного и физического труда. Уделяется особое внимание воспитанию высших чувств (эстетических, морально-этических, интеллектуальных). Указываются возможности (художественная литература, живопись, музыка, спорт, туризм), при которых человек получает чувство удовлетворения, радости, очарования, восторга и душевного подъема.

Воспитательная работа должна проводиться и среди родителей, которые не проявляют достаточного интереса к своим детям или оказывают дурное влияние на развитие подростка. Родителям даются советы не обходить подростка в решении вопросов, при которых он может высказать свое мнение; поощрять его лучшие проявления личности: добросовестное отношение к занятиям, к работе, дисциплинированность, достигнутые успехи и т. д. В случае конфликтных отношений между родителями или проявления дурных примеров с их стороны необходимо провести внушительное разъяснение, что такое поведение родителей несовместимо с жизнью советской семьи. Если эти разъяснения окажутся безуспешными, то таких родителей следует подвергать общественному осуждению на производстве, в партийных организациях, а при необходимости — и с участием органов МООП.

Работники МООП приводят примеры неблаговидных поступков, связанных с курением гашиша. Заслушиваются рас-

сказы начинающих курильщиков гашиша об их жизни, работе, товарищах.

Организаторы собрания производят соответствующие внушения, дают правильное направление юношам, приводя примеры из жизни замечательных представителей молодежи нашей страны, республики, города.

2. Санитарно-просветительная работа.

Санитарно-просветительную работу организует психоневрологический диспансер.

В лекциях и докладах, иллюстрированных выписками из историй болезни, разъясняется вредность влияния курения гашиша на здоровье человека. Лекции читаются для медицинского персонала поликлиник, санчастей производств, преподавателей школ, родителей, учеников, народных дружин, работников МООП. Лекции имеют цель мобилизовать общественность для борьбы с гашишизмом.

Лекции для преподавателей школ, ремесленных училищ должны нацеливать учителей на внимательное изучение особенностей личности, на организацию работы, связанной с предупреждением вредных привычек. Рекомендуется организовать санитарные посты из числа комсомольцев в школах, на производствах, кварталах, которые пресекают пробы курения гашиша; в школах санитарные посты пресекают и курение табака.

В случае выявления фактов курения гашиша среди подростков необходимо проводить беседы на тему: «Курение гашиша разрушает здоровье» для отдельных групп, цехов, где обнаружены факты курения.

Время от времени проводить подворные обследования отдельных кварталов с целью активного выявления курильщиков гашиша и других наркоманов. При выявлении наркоманов следует проводить санитарно-просветительные беседы с населением.

3. Административное воздействие.

Административные меры в борьбе с гашишизмом имеют существенное значение. Эти меры должны быть направлены на полную ликвидацию посевов конопли на приусадебных участках, ликвидацию конопли как сорной травы на бывших плантациях, осваиваемых в настоящее время под другие культуры.

Необходимо усилить административные меры, обеспечивающие полную ликвидацию нелегального производства и продажи гашиша. Усиление административных мер должно быть направлено также в отношении курильщиков гашиша, не желающих лечиться или нарушающих предписываемый им режим полного воздержания от курения гашиша после лечения.

Профилактика рецидивов

Основной задачей лечения гашишизма является возвращение пациентов к нормальной жизни, в условиях которой у них не будет желания прибегать к употреблению наркотика.

В связи с этим после выписки пациента из больницы для закрепления терапевтического результата и предупреждения рецидива гашишизма необходимо провести ряд координированных мероприятий. Организационную работу в этих мероприятиях должны осуществлять врачи психо-неврологического диспансера.

1. В контакте с местными общественными организациями врачи диспансера оказывают активную помощь в трудоустройстве успешно вылечившимся больным.

2. В течение 1,5—2 лет после выписки проводится диспансерное наблюдение за вылечившимися пациентами. В этот период врачи в контакте с общественными организациями по месту работы пациента осуществляют контроль за его деятельностью и поведением.

Проводится психотерапия. Посредством психотерапевтических бесед выясняются трудности, которые испытывают пациенты в связи с наличием у них дефекта.

Пациентам оказывается необходимая помощь в повышении квалификации, образования и вселяется уверенность в достижении этих целей. В некоторых случаях даются необходимые советы, как лучше организовать семейную жизнь.

3. При необходимости проводится психотерапия с членами семьи, которым разъясняются особенности личности пациента, затрудняющие ему жизнь, конкретно указывается, в какой помощи нуждается пациент со стороны членов семьи.

Методическое письмо составлено А. И. ДУРАНДИНОЙ.
